

ARTIGO CIENTÍFICO

Conhecimento de pais/responsáveis sobre a cárie dentária na primeira infância

RESUMO

Objetivo: Objetivou-se avaliar o conhecimento dos pais/responsáveis (P/R) de crianças atendidas na Clínica de Bebês da Faculdade de Odontologia da UFRJ, a respeito da cárie precoce na infância (CPI). **Método:** Um questionário relacionado à CPI foi aplicado na sala de espera, aos P/R (n=150) de pacientes entre 0 e 5 anos de idade com diagnóstico de presença ou ausência de lesões de cárie. Os dados foram analisados descritivamente e o teste χ^2 foi utilizado para associação entre o conhecimento sobre CPI e variáveis relacionadas à: higiene bucal, grau de parentesco dos P/R, amamentação e sentimento de culpa dos P/R. O Coeficiente alfa de Cronbach (α) demonstrou consistência interna satisfatória do instrumento ($\alpha=0,878$). **Resultados:** A média de idade dos P/R foi de $34,11 \pm 9,26$ anos e das crianças, $3,63 \pm 1,26$ anos. A maioria dos entrevistados (68,7%) foi representada por mães. Dentre os P/R, 88,7% apresentam lesões de cárie e 74% das crianças são acometidas. A maioria das crianças (72,0%) não é amamentada, assim não houve associação entre o tipo de aleitamento e o relato de cárie ($p=0,125$). A frequência da escovação (65,8% escovam 3 ou mais vezes ao dia) também não apresentou associação com a doença ($p=0,352$). Entre os participantes, 47,2% afirmaram realizar a escovação da criança e 36,7% a supervisionam. Somente 30,0% relataram ter conhecimento sobre cárie e 36,7% afirmaram que a doença é causada por escovação deficiente e dieta rica em açúcar. Dos entrevistados, 96,0% afirmaram saber que a cárie traz prejuízo à saúde. Destes, 22,0% indicam que a principal alteração é o prejuízo estético. A maioria dos responsáveis (70,0%) declarou sentir culpa pela cárie de seu filho ($p=0,009$). **Conclusão:** Conclui-se que novas estratégias que abordem a educação em saúde devam ser elaboradas, visando o maior esclarecimento aos pais/responsáveis sobre CPI, o que consequentemente auxiliará na prevenção da doença.

Palavras-chave: Cárie dentária, biofilme dental, crianças, pais, avaliação.

Carolina Barbosa de Andrade¹,
Luciana Pomarico²,
Maria da Encarnação Perez Requejo³,
Andréa Fonseca-Gonçalves⁴

¹ Aluna de Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil

² Professora Adjunta da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil

³ Odontóloga da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil

⁴ Professora Adjunta da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Autor de correspondência:

Andréa Fonseca-Gonçalves
Rua Malibu 143/501, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro – RJ, Brasil, CEP: 22793-295
e-mail: andreagantonio@yahoo.com.br

Submetido em: 12-8-2016

Aceito em: 27-10-2016

INTRODUÇÃO

Em crianças jovens, um tipo especial de cárie dentária denominada cárie precoce na infância (CPI) caracteriza-se pela presença de uma ou mais lesões nos dentes decíduos, onde o termo “severo” é acrescentado para se referir à forma aguda e progressiva da doença, quando manifestada antes dos três anos de idade ¹⁻⁵.

A CPI possui altas taxas de prevalência no mundo, o que indica a necessidade de controle por meio de estratégias que busquem a prevenção da doença ⁶. Alguns estudos apontam que a ingestão de alimentos que possuem alta concentração de açúcar e a alimentação noturna da criança, sem a posterior higienização bucal, são os principais fatores desencadeadores da CPI ⁷. Entretanto, fatores socioeconômicos ⁸ e educacionais, tais como baixo nível de educação e baixa renda da população ⁹ também representam fatores importantes de risco associados à CPI.

A cárie dental agressiva e progressiva em crianças muito jovens possui grande significado clínico, uma vez que sua prevalência é apontada como o melhor indicador para o risco individual de futuras lesões cariosas. Assim, a Organização Mundial da Saúde ¹⁰ afirma que indivíduos abaixo dos seis anos representam um público ideal para o monitoramento da prevalência de cárie e para avaliação de programas de prevenção voltados para crianças ⁷. Entretanto, apenas a identificação da doença, sem a adesão dos responsáveis aos métodos preventivos ou ao tratamento, quando já instituído, faz com que os pacientes fiquem suscetíveis à doença e prontos para adquirir novas lesões ¹¹. De maneira que, a orientação adequada aos pais, a respeito da CPI e de como preveni-la, reduz a ocorrência de cárie na infância ¹¹.

Assim, a identificação do conhecimento e dúvidas dos pais sobre cárie representa uma boa estratégia para elaboração de métodos preventivos da doença em uma determinada população infantil, uma vez que tais responsáveis exercem papel fundamental nesse processo. O objetivo do presente estudo foi avaliar o conhecimento dos pais/responsáveis sobre CPI em crianças que procuraram por atendimento na Clínica de Bebês da Faculdade de Odontologia da UFRJ.

MATERIAIS E MÉTODOS

DESENHO DO ESTUDO

O presente estudo transversal foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro sob o número de protocolo 753.337 e desenvolvido na sala de espera da Clínica de Bebês da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com os pais/responsáveis dos pacientes entre 0 e 5 anos de idade, que compareceram ao Departamento de Odontopediatria e Ortodontia da UFRJ para acompanhamento ambulatorial de seus filhos no período de março a novembro de 2014. Os pais/responsáveis foram convidados a fazer parte do estudo e somente após o consentimento obtido, foram incluídos na pesquisa. Aplicou-se um questionário aos pais/responsáveis, através de entrevistas, sobre questões relacionadas à cárie precoce na infância.

ESTUDO PILOTO

Foi conduzido um estudo piloto, com 20 pais/responsáveis, para adequação do questionário, aplicado por meio de entrevistas por um único examinador treinado; e também para observação da diferença de proporção entre pais/responsáveis de crianças com e sem CPI que concordaram com a participação no estudo. O questionário foi baseado em um estudo prévio ¹², adaptado pelos autores da presente pesquisa, para estimativa do conhecimento dos pais/responsáveis sobre cárie precoce da infância. Os participantes do estudo piloto não foram incluídos no estudo principal e responderam às perguntas individualmente e confidencialmente (sem ser necessária a identificação). O teste re-teste do questionário foi realizado, a fim de verificar a consistência desse instrumento.

SELEÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram recrutados pais/responsáveis de crianças de 0 a 5 anos de idade, de um universo de 202 sujeitos que frequentaram a Clínica de Bebês da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, no período de um ano. Assim, com o objetivo de calcular o número de indivíduos necessários para representar esse universo, baseando-se na diferença de proporção de 75% de pais/responsáveis das crianças com CPI em relação àqueles de crianças sem a doença, obtida com o estudo piloto; e utilizando-se um poder do estudo de 80% e nível alfa de 0,05, foi estimado um mínimo de 132 pais/responsáveis para representar a população que frequenta a referida clínica.

Assim, uma amostra composta por cento e cinquenta pais/responsáveis que compareceram à Clínica de Bebês no período do estudo e concordaram em participar da pesquisa, foi selecionada.

Aqueles que não concordaram/assentiram com a participação no estudo foram automaticamente excluídos, sem prejuízo para o seu atendimento de rotina.

Somente pais/responsáveis de crianças matriculadas para atendimento inicial na Clínica de Bebês localizada no Departamento de Odontopediatria e Ortodontia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, foram recrutados. Durante a etapa de realização das entrevistas com os responsáveis, alguns critérios inviabilizaram a participação de alguns sujeitos do estudo, tais como: acompanhantes diferentes de pais/responsáveis; pais/responsáveis portadores de necessidades especiais (quadros de alterações psicológicas, psiquiátricas e neurológicas) que inviabilizassem as respostas; e pais/responsáveis menores de idade.

COLETA DE DADOS

Foi utilizado um questionário adaptado do desenvolvido por ¹², contendo questões fechadas e abertas a respeito da cárie de estabelecimento precoce. Os questionários foram aplicados por meio de entrevistas, por um único examinador, na sala de espera do Departamento de Odontopediatria e Ortodontia, aos pais/responsáveis de crianças atendidas na Clínica de Bebês do referido departamento. Foram descartados os pais/responsáveis que estavam dentro dos critérios de exclusão ou aqueles que expressaram a falta de interesse em participar.

O diagnóstico de CPI (sim/não) foi definido de acordo com o índice ceo-d ¹⁰, através de exame clínico prévio, realizado por 2 examinadores treinados e calibrados. A concordância intra-examinador foi testada (Kappa = 0.91±0.37).

O questionário utilizado foi composto por 24 questões, 20 das quais são fechadas e 4 abertas, cujo objetivo das perguntas formuladas foi coletar as seguintes informações: grau de parentesco dos responsáveis; idade dos responsáveis e das crianças; se a criança mama à noite; quantas vezes mama; tipo de aleitamento; se a higiene bucal é realizada após as mamadas/refeições; como a higiene bucal do filho é realizada e quem realiza; qual a pasta utilizada; frequência de escovação por dia e quando é feita; se o responsável tem ou já teve cárie, assim como a criança; se o responsável sabe o que é cárie; se o responsável já procurou ajuda para tratar a cárie do filho e qual foi o tipo de ajuda; se a cárie pode afetar a saúde; grau de gravidade de doença em escala de 1 a 10; se os pais sentem culpa pela cárie do filho; se os participantes querem receber mais informações sobre a doença; o que é cárie; causas da doença; que tipo de ajuda para tratamento da cárie procurou e o que pode acontecer com a saúde de uma criança com cárie.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise dos dados foi computada com o uso do programa estatístico SPSS versão 20.0. A consistência interna dos questionários foi avaliada através do Teste Alpha de Cronbach. Quanto aos resultados do teste reteste, os mesmos foram averiguados através do Teste de Correlação Intra-classe (ICC). Todos os resultados referentes a cada questão do questionário foram apresentados descritivamente. Os dados obtidos também foram analisados através do teste do Qui-quadrado, comparando-se a presença ou ausência de CPI com as seguintes variáveis categóricas: idade da criança (\leq a 3 anos de idade ou $>$ que 3 anos); idade dos pais/responsáveis (\leq a 30 anos de idade ou $>$ que 30 anos); amamentação (natural, artificial ou mista); tipo de higiene bucal (com dentifrício com concentração ideal, ≥ 1000 PPM, ou não, ≤ 1000 PPM de flúor; ou sem dentifrício); frequência de escovação (uma vez ao dia ou mais de uma vez ao dia); quem realiza a escovação (criança + responsável ou apenas responsável); grau de parentesco do responsável/cuidador da criança (mãe/pai ou outro tipo de parente); sentimento de culpa dos responsáveis pela presença de CPI nas crianças (sim ou não). O nível de significância assumido em todas as análises estatísticas foi de 5%.

RESULTADOS

Os Coeficientes Alfa de Cronbach (α) e de Correlação Intraclass (ICC), $\alpha=0,878$ e ICC = 0.986, respectivamente, demonstraram consistência interna satisfatória do questionário. Dos 267 pais/responsáveis que frequentaram a Clínica de Bebês no período do estudo, 150 participaram da pesquisa (taxa de resposta de 56.18 %).

A média de idade dos responsáveis foi de $34,11 \pm 9,26$ anos e das crianças, $3,63 \pm 1,26$ anos. A maioria dos entrevistados (68,7%) foi representada por mães. Dentre os responsáveis, 88,7% apresentavam lesões de cárie, segundo o próprio relato; e 74,0% dos filhos também eram acometidos. O índice ceo-d foi de $6,82 \pm 3,20$. A frequência de escovação, bem como o gênero não apresentaram associação com a doença (Tabela 1). A grande maioria das crianças (72,0%) não é amamentada, não apresentando associação entre o tipo de aleitamento e cárie (Tabela 1). Pais/responsáveis (47,2%) afirmam realizar a escovação da criança e 36,7% dizem escovar os dentes no mesmo momento que seus filhos, apenas

supervisionando-os. Entre os participantes, somente 30% afirmou ter conhecimento do que é a cárie; sendo que destes, apenas 36,7% afirmaram que a CPI é causada pela escovação deficiente e dieta rica em açúcar. Foi possível observar que crianças com cárie realizam a higiene sem dentifrício ou com dentifrício sem concentração ideal de flúor (Tabela 1). Todos os pais acometidos (88,7%) possuem filhos com a doença, o que sugere que a falta de informação dos pais afeta os filhos.

Tabela 1 – Associação entre a presença de cárie precoce da infância, gênero, hábitos alimentares e de higiene de pré-escolares.

Variáveis		Cárie Precoce da Infância		p Valor Qui-quadrado
		Sim (n=111)	Não (n=39)	
Gênero	Masculino	50(45,0%)	17(43,6%)	0,513
	Feminino	61(55,0%)	22(56,4%)	
Tipo de Amamentação	Natural	15(13,5%)	7(18,0%)	0,125
	Artificial	13(11,7%)	7(18,0%)	
	Não amamentada	83(74,8%)	25(64,0%)	
Relato de frequência de escovação diária	≤ 1 vez ao dia	58(52,3%)	18(46,2%)	0,352
	≥ 1 vez ao dia	53(47,7%)	21(53,8%)	
Uso de dentifrício	Com concentração ideal de flúor (≥1000PPM)	40(36,0%)	26(66,7%)	0,003*
	Sem concentração ideal de flúor (≤1000PPM)	51(46,0%)	8(20,5%)	
	Não faz uso de dentifrício	20(18,0%)	5(12,8%)	

*Demonstraram diferença estatística

As crianças maiores de 3 anos (n=79) foram as mais afetadas por lesões de cárie (86,1%) (p=0,010). Dos entrevistados, 96,0% afirma saber que a cárie traz prejuízo à saúde das pessoas e 70% dos pais, na escala de gravidade, classificou a doença como muito grave. Ainda assim, 22,0% desses pais afirmam que a gravidade está relacionada apenas com o prejuízo estético. A maioria dos responsáveis (96%) declarou estar interessado em mais informações a respeito da doença cárie e 70% diz sentir culpa pela cárie da criança (p=0,009).

DISCUSSÃO

Os pais/responsáveis podem ser considerados os guardiões da saúde de suas crianças, principalmente os pré-escolares; portanto, seus conhecimentos sobre doenças, atitudes

e comportamentos podem, direta ou indiretamente, exercer influência na saúde bucal na primeira infância ¹³. No Brasil, há escassez de programas que visam o esclarecimento para a comunidade sobre a importância da saúde bucal de pré-escolares; de maneira que muitos pais acreditam que não é relevante o tratamento odontológico e cuidados com a saúde bucal de crianças na dentição decídua, justamente por ser uma dentição temporária – uma situação provisória. Portanto, são perfeitamente justificáveis estudos que visam obter o conhecimento ¹⁴, a percepção dos pais/responsáveis sobre cárie dentária nessa fase pré-escolar, a fim de esclarecê-los sobre as possíveis dúvidas e torná-los aliados na prevenção à doença ¹⁵, impedindo também que se torne um fator de risco a novas lesões na dentição permanente ¹⁶.

A situação descrita acima se torna ainda mais visível quando nos deparamos com o resultado observado na presente pesquisa; em outras palavras: mesmo àqueles pais/responsáveis acometidos por cárie (88,7%), que já obtiveram informações sobre a doença e possivelmente em como preveni-la, deixaram que a mesma doença acometesse seus filhos. O que nos traduz a falta de conhecimento deles sobre a precocidade com que a doença possa ocorrer em um indivíduo, ou simplesmente, pelo fato de que como se trata de dentição provisória, a situação não seria tão grave aos olhos desses pais. Chia *et al.*¹⁷ (2015) também afirmam que apenas 26% dos pais/responsáveis, de um universo de 670 sujeitos, em um estudo realizado na Nova Zelândia, estão cientes de que a cárie pode acometer bebês.

Das crianças que apresentavam cárie (74%), 69,1% dos pais afirmou escovar os dentes dos filhos três vezes ao dia, não apresentando, portanto, associação entre a frequência de escovação e a doença. Entretanto, observamos que a maior parte das crianças afetadas possuía 3 ou mais anos de idade e que estas crianças escovavam seus dentes sozinhas, onde o responsável atuou apenas como um expectador (66,3%), sem interferir no processo de limpeza. Como são crianças muito novas, não possuem capacidade motora para realizar tal tarefa sozinha, o que possivelmente acarretou em uma higiene deficiente. Em acréscimo, crianças acima dos 3 anos também passam a ter uma oferta maior de açúcar disponível ¹⁸ devido seu ingresso em escolas e creches, o que também pode ter contribuído para o surgimento das lesões de cárie.

O aleitamento noturno é um fator de risco à cárie ¹⁹⁻²⁰. Entretanto, no presente estudo, o aleitamento natural ou artificial não se mostrou associado à CPI. Os autores acreditam que o fato da maioria das crianças não ser amamentada, provavelmente foi o fator responsável pela não associação com a doença. Em contrapartida, o uso de dentifrícios com concentração ideal de flúor foi mais prevalente em crianças sem cárie, ou seja, o uso de dentifrício sem concentração ideal de flúor ou o não uso de dentifrício, demonstrou-se associado ao aumento de lesões de cárie. Segundo Deliberari *et al.*²¹ (2009), o uso de dentifrício fluoretado demonstrou-se associado à redução da presença de cárie. Além disso, a concentração de flúor no ambiente do biofilme dental promove o equilíbrio no processo de des-remineralização, evitando a perda de minerais do dente ²².

Apesar da maioria dos pais já ter sido acometido por cárie e ter recebido informações prévias sobre a doença, somente 36,7% afirmou saber de fato o que é cárie, deno-

tando uma falha do processo de ensino-aprendizagem sobre saúde bucal e fortalecendo o conceito de que educação em saúde é um processo contínuo, que não deve ser interrompido. Com isso, percebe-se também a grande importância de se implantar programas de saúde bucal em escolas com o envolvimento dos professores e responsáveis; realizar eventos periódicos de extensão universitária de ensino e assistência à comunidade; e reciclagem periódica dos dentistas sobre os benefícios da educação em saúde em consultas de manutenção para com seus pacientes. Corroborando, um estudo realizado no nordeste brasileiro, em 2007 ²³, demonstrou que apesar de cerca de 93,0% dos pais/responsáveis saberem que suas crianças tinham dentes de leite e que esses eram importantes (88,1%), apenas 12,5% das crianças foram ao dentista, sendo que 40,9% foram porque os dentes estavam tortos e não pela presença de lesões cariosas.

A grande maioria dos pais (96%) afirmou saber que a cárie traz prejuízo à saúde das pessoas, e 70% a classificou como algo muito grave; contudo muitos consideram que a principal alteração é a estética, levando a uma superficialização do problema e desconsideração dos aspectos sobre saúde. A grande maioria (96%) afirmou querer saber mais sobre a cárie, e 70% sentem culpa pelo filho ter sido acometido pela doença, demonstrando que os pais têm consciência da necessidade de adquirirem informação sobre saúde bucal, atuando como um agente de saúde de sua família. Segundo Matheus ²⁴ (2014), pais e crianças expostos frequentemente aos programas de saúde bucal durante suas visitas de revisão ao dentista, podem ajudar a diminuir a taxa de cárie precoce na infância e melhorar a sua qualidade de vida.

CONCLUSÃO

- Conclui-se que novas estratégias que abordem o tema educação em saúde devam ser implementadas na Clínica de Bebês da Universidade Federal do Rio de Janeiro, visando o maior esclarecimento sobre a cárie de estabelecimento precoce e, conseqüentemente, auxiliando na prevenção da doença. Além disso, odontopediatras e outros profissionais de saúde devem unir esforços para conscientizar a população sobre a importância da dentição decídua e também promover programas odontológicos preventivos.

AGRADECIMENTOS

Todos os autores são gratos aos pais/responsáveis pela participação no estudo. Além disso, os autores agradecem à FAPERJ pelo apoio financeiro e à PIBIC pela bolsa de iniciação científica concedida à autora principal da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Policy on Early Childhood Caries (ECC): Unique Challenges and Treatment Options. Oral Health Policies Reference Manual 2014; 33:650-52.
2. Castilho JB, Paiva GA, Guirado CG. Etiologia multifatorial da cárie de mamadeira e diferentes abordagens de tratamento. UNIMEP. 2001 Jan-Jul;13(1):7-13.
3. Chia L, Densie I, Morgan C. An exploratory study of parental knowledge of early childhood oral health care in Southland, New Zealand. N Z Dent J. 2015 Mar;111(1):18-24.

4. Deliberali FD, Brusco EHC, Brusco L, Perussolo B, Patussi EG. Fatores comportamentais envolvidos no desenvolvimento da cárie precoce em crianças atendidas na Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Passo Fundo - RS, Brasil. *RFO UPF*. 2009;14(3):197-202.
5. Drury TF, Horowitz AM, Ismail AI, Maertens MP, Rozier RG, Selwitz RH. Diagnosing and reporting Early Childhood Caries for research purposes. A report of workshop sponsored by the National Institute of Dental and Craniofacial Research, the Health Resources and Services Administration, and the Health Care Financing Administration. *J Public Health Dent*. 1999 Jun-Jul;59(3):192-7.
6. Edelstein BL, Chinn CH. Update on disparities in oral health and access to dental care for America's children. *Acad Pediatr*. 2009 Nov-Dec;9(6):415-9.
7. Feldens CA, Giugliani ER, Vigo Á, Vítolo MR. Early Feeding Practices and Severe Early Childhood Caries in Four-Year-Old Children from Southern Brazil: A Birth Cohort Study. *Caries Res*. 2010 Sep;44(5):445-52.
8. Gomes D, Da Ros MA. A etilogia da cárie no estilo de pensamento da ciência odontológica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008 Maio-Jun;13(3):1081-90.
9. Joshi N, Sujan S, Joshi K, Parekh H, Dave B. Prevalence, Severity and Related Factors of Dental Caries in School Going Children of Vadodara City – An Epidemiological Study. *J Int Oral Health*. 2013 Jul-Aug;5(4):35-9.
10. Kawashita Y, Kitamura M, Saito T. Early Childhood Caries. *Int J Dent*. 2011 Oct;2011:1-7.
11. Lee C, Rezaiaimira N, Jeffcott E, Oberg D, Domoto P, Weinstein P. Teaching parents at WIC clinics to examine their high caries-risk babies. *ASDC J Dent Child*. 1994 Sept-Dec;61(5-6):347-9.
12. Leites ACBR, Pinto MB, Sousa ER. Aspectos microbiológicos da cárie dental. *Salusvita*. 2006 Oct;25(2):239-52.
13. Li, Y.; Wang, W. Predicting caries in permanent teeth from caries in primary teeth: an eight-year cohort study. *J Dent Res*. 2002 Aug;81(8):561-6.
14. Maciel SSVV, Oliveira RLCC, Fernandes ACA, Steinhauer HC, Torres MJS, Freire MNB, et al. Prevalence of Early Childhood Caries in Children Aged 6 to 36 Months Attending Public Day Care Centers in Caruaru, PE, Brazil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2007 Jan-Apr;7(1):59-65.
15. Marrs JA, Trumbley S, Malik G. Early Childhood Caries: Determining the Risk Factors and Assessing the Prevention Strategies For Nursing Intervention. *Pediatr Nurs*. 2011 Jan-Feb;37(1):9-15.
16. Mattheus DJ. Efficacy of oral health promotion in primary care practice during early childhood: creating positive changes in parent's oral health beliefs and behaviors. *Oral Health Dent Manag*. 2014 Jun;13(2):316-9.
17. Mota SP, Soares DN, Maia LC, Antonio AG. Effect of minimally invasive restorations on microorganism count in the oral cavity of a patient with early childhood caries. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2013 Apr;14(2):121-7.
18. Naidu R, Nunn J, Irwin JD. The effect of motivational interviewing on oral healthcare knowledge, attitudes and behaviour of parents and caregivers of preschool children: an exploratory cluster randomised controlled study. *BMC Oral Health*. 2015 Sep;101:1-15.
19. Oliveira TM, Silva TC, Sakai VT, Prestes MP, Honório HM, Magalhães AC, et al. Comparação entre os índices ceos e ceos modificado em bebês e pré-escolares. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*. 2008 maio-ago;20(2):128-33.
20. Parisotto TM, King WF, Duque C, Mattos-Graner RO, Steiner-Oliveira C, Nobre-Dos-Santos M, et al. Immunological and Microbiologic Changes during Caries Development in Young Children. *Caries Res*. 2011 Aug;45(4):377-85.
21. Seow WK, Clifford H, Battistutta D, Morawska A, Holcombe T. Case-control study of early childhood caries in Australia. *Caries Res*. 2009 Mar;43(1):25-35.
22. Serra-Negra JM, Tirsa-Costa D, Guimarães FH, Paiva SM, Pordeus IA. Evaluation of parents/guardian knowledge about bruxism of their children: Family knowledge of bruxism. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2013 Jul-Sep;31(3):153-8.
23. Tiberia MJ, Milnes, AR, Feigal RJ, Morley KR, Richardson DS, Croft WG, et al. Risk factors for early childhood caries in Canadian preschool children seeking care. *Pediatr Dent*. 2007 May-June;29(3):201-8.
24. World Health Organization. Oral health surveys, basics methods. 1997 Geneve, 4th edition.